Приложение №4

к приказу ГБУЗ «ИОКБ»

№ 1191 от 08.10.2019г.

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ДИСТАНЦИОННУЮ ВРАЧЕБНУЮ КОНСУЛЬТАЦИЮ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| В | **ГБУЗ «ИОКБ»** | | | | | |
|  | (наименование медицинской организации, оказывающей консультативную помощи) | | | | | |
| Требуется консультация врача (специальность) | | | | |  | |
| Ф. И. О. пациента | | |  | | | |
| Дата рождения пациента | | | | |  | |
| Полис (серия, номер, СМО) | | | | | |  |
| Место проживания | | | |  | | |
| Направлен | |  | | | | |
| (название медицинской организации, в которой находится пациент) | | | | | | |

Виды консультации (отметить знаком “**+”** нужный вариант в каждом из 2-х пунктов):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Плановая |  | Первичная |  |
| Срочная |  | Повторная |  |

Цель направления (отметить знаком “**+”** нужный вариант в каждом из 2-х пунктов):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Консультация |  | Перевод |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Рост, см |  | Вес, кг |  |

**ВОПРОСЫ К КОНСУЛЬТАНТУ (если требуется консультация нескольких врачей, вопрос каждому):**

|  |
| --- |
|  |

Основной синдром (отметить знаком “**+”** нужный вариант) Если отмечается *синдром полиорганной недостаточности*, необходимо пометить какие синдромы его составляют

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Синдром острой сердечно-сосудистой недостаточности |  | Синдром острой дыхательной недостаточности |  | Инфекционно-воспалительный синдром |  |
| Сидром острой почечной недостаточности |  | Сидром острой печеночной недостаточности |  | Сидром острой  церебральной недостаточности |  |
| *Сидром полиорганной недостаточности* | | | | |  |

Диагноз:

|  |
| --- |
|  |

Жалобы при поступлении:

|  |
| --- |
|  |

Анамнез заболевания:

|  |
| --- |
|  |

Жалобы на момент поступления:

|  |
| --- |
|  |

Перечень направляемых файлов:

|  |
| --- |
|  |

Ф. И. О. (полностью) и контакты ответственного лица (лечащего врача) для обратной связи:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Специальность, фамилия, инициалы направившего врача: | | |
|  | Подпись |  |